

Sessió del dia 17 de Desembre de 1934

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUNYER

Tonsil·loscopia i tonsil·lectomia

pel Dr. LLUÍS SUNÉ i MEDAN

Com sigui que en les sessions científiques d'aquesta Acadèmia no s'ha tractat cap vegada de qüestions referents a les amígdales palatines, he cregut oportú portar a la consideració de l'Acadèmia unes breus notes al voltant de l'esmentat tema, que crec força interessants. Cal observar que tot el que exposaré no va adreçat al laringòleg perfecte coneixedor de l'assumpte, sinó al metge en general.

A més, potser farà estrany que parli de coses de caire banal, però cal fer present que mai no està de més, en clínica, repetir fets d'observació i de tècnica pràctica.

Podria enunciar-se aquesta dissertació amb altres mots: *exploració clínica de les amígdales i extirpació total de les amígdales*; però, per tal d'abreujar he cregut oportú emprar els mots *tonsil·loscopia i tonsil·lectomia*. L'objecte primordial, respecte del primer punt, és explicar unes idees o consells per tal de corregir en el possible les deficiències, i millor seria dir les insuficiències en què alguns companys incorren en fer l'exploració de la farinx oral, especialment respecte de les amígdales palatines.

En efecte, cert nombre d'internistes o de pediatres, quan realitzen l'esmentat examen, generalment es valen de la llum directa, de dia o nocturna, de més o menys intensitat, o bé d'una làmpara de butxaca de petit voltatge i a més la clàssica cullera, sobretot en els reconeixements fets en el domicili del malalt. I res més. Amb això solament, amb la simple inspecció visual hom creu ja haver explorat la gola, en particular les amígdales. No obstant, aquesta tècnica, manta vegada deixa passar per alt molts detalls patològics de la farinx, que poden ésser de gran importància.

De primer antuvi cal tractar de la qüestió de la

Llum.—La llum diürna, llevat la solar directa, no ofereix prou in-

tensitat per a obtenir dades anatomoclíniques de la mucosa, especialment de la paret posterior de la farinx i de les laterals. En canvi, és suficient per a fer visibles les genives, la volta palatina, part anterior i mitjana de la llengua, i les amígdals quan són grosses. El *fotòfor* frontal, que alguns empren també per operar, dona bona llum, però aquesta resulta quelcom difusa, no concentra prou els raigs en el lloc que s'explora, i provoca algunes ombres, pel fet de no coincidir els raigs lluminosos amb el visual. Tot el contrari passa amb el mirall frontal unocular i el Clar, que actualment són fàcilment transportables. Per a aquest darrer pot aprofitar-se el corrent elèctric per mitjà de petites resistències o directament, o també fer-lo funcionar amb l'auxili de piles seques. Ambdós donen una llum molt intensa i concentrada que permet veure amb tot detall la regió que interessa.

L'abaixa-llengües.—Hem parlat de la cullera i creiem que aquest utensili presta excellent servei com a depressor lingual, i es troba a totes les cases. Es preferible que l'extrem del mànec sigui arrodonit, no punxegut. Les de metall són pràctiques i esterilitzables per ebullició. En canvi, les culleres de fusta van quelcom millor perquè no rellisquen, però tenen l'inconvenient que solen acabar en punta i es presten menys a la seva desinfecció. També, en lloc de cullera, es pot emprar el mànec d'una forquilla. De totes maneres, el més útil i racional és el depressor o abaixa-llengües, la superfície del qual, en contacte amb la llengua, ha d'ésser un poc aspra. No criem necessari insistir en la recomanació, ja prou sabuda, de fer una pressió gradual, lenta, suau, per tal d'aconseguir el màxim de visualitat i el mínim de reflexos guturals. Però sí que farem remarcar la conveniència de deprimir amb certa força la regió de la base de la llengua, no solament per veure millor la paret posterior de la farinx, sinó també per descobrir els pols inferiors de les amígdals. En practicar aquesta darrera exploració, posant el depressor en el centre de la llengua, moltes vegades obtindríem dades insuficients, car solament veurem, ensems, la meitat superior de les dues amígdals; és d'aconsellar, per tant, obrar per separat, fent la depressió lateral, en el mateix peu del pilar anterior de cada tonsilla, maniobra indispensable, especialment en els casos d'amígdals llargues, que baixen cap a la hipofarinx o es continuen amb l'amígdala lingual.

Es un bon mètode provocar un petit reflex nauseós enfonsant un poc més el depressor; d'aquesta manera, la contracció dels músculs constrictors i la dels faringo-estafilins, a més d'aixecar el vel del paladar, porten també cap a la línia mitjana i cap endavant les parets laterals, i per tant la regió palato-amigdalina. En aquest moment, amígdals que a penes s'apreciaven, es fan més visibles i fins a voltes es veuen aparentment de majors dimensions. Cal remarcar que aquesta exploració ha d'ésser molt ràpida, i feta amb certa traça; del contrari pot acabar per provocar el vòmit. Fent pronunciar al malalt la lletra *a* o demanant-li que respiri tranquil·lament, sense esforços, es veu molt millor la gola i en la major part de vegades hom evita els reflexos nauseosos.

Una altra senzilla maniobra per a examinar millor cada amígdala

per separat, és estirar la comissura labial del costat oposat al que s'explora, i fent girar el cap del malalt en aquesta direcció. Això es pot fer amb un altre depressor o ganxo *ad hoc*, o també amb l'índex sol, o amb aquest i el mitjà de la mà dreta, si es tracta de veure la tonsilla dreta del malalt, i viceversa. Aquest mètode, que podríem anomenar oblic, permet apreciar la paret lateral de la farinx oral en un pla gairebé frontal, veient-se més bé els relleus d'ambdós pilars, anterior i posterior, i la fossa supraamigdalina. En aquesta regió, sobretot, moltes voltes descobrirem una cripta plena de càseum que no es veia per la simple exploració recta, o millor dit, perpendicular a la paret posterior o als pilars. Fins aquí hem parlat de la inspecció feta amb l'auxili de la vista i el depressor lingual. Parlem ara del tacte o *pulpació*, i de la *compressió* o *expressió* de les amígdals.

Cal realitzar el tacte amb suavitat, per tal d'evitar els reflexos. Emprarem l'índex, i podrem apreciar la duresa o grandària de l'òrgan amigdalí i també, això és molt important, les pulsacions pròximes o no de l'artèria faríngia ascendent o de la caròtida interna, per si una anomalia anatòmica ens veda d'aconsellar o practicar l'amigdalectomia. També podrem fer compressió del pol superior de la tonsilla a través del pilar anterior, a l'efecte de comprovar si existeixen secrecions o dipòsits críptics anormals. Però aquesta prova ordinàriament es fa amb el mateix depressor o amb un estilet ben botonat. Per tal que aquest no rellisqui, moltes vegades em serveixo d'un porta-cotó formant una boleta; una pressió suau, però en augment, en el pilar anterior o en la regió del pol superior de l'amígdala, molt sovint amagat entre els dos pilars, contribueix a exterioritzar un poc l'òrgan i ensems ens donarà dades d'existència o no de secrecions caseoses o purulentes. El propi depressor lingual, a voltes, podrà ésser utilitzat com a compressor posant-lo vertical contra el pilar anterior. També es pot fer la compressió de baix a dalt començant pel pol inferior.

Hi ha altres instruments especials per a practicar l'expressió amigdalària, com és la pinça d'extrems botonats, i sobretot l'espàtula fenestrada, que no traumatitza la mucosa i realitza una pressió ampla i suau.

El *ganxo amigdalí*, instrument que té certa semblança a un corda-botines, és emprat per separar el pilar anterior, especialment en els casos d'amígdals engatillades o amagades per un extens plec de mucosa. Aquest petit estirament posa en descobert l'òrgan i ensems ens permet apreciar l'existència d'adherències palato-amigdalines; també es pot efectuar amb aquest ganxo la compressió, posant-lo pla contra la mucosa dels pilars.

Un altre mètode que pot ésser útil és l'*aspiració*. Naturalment, hem de disposar d'una bomba aspiradora, i d'un petit aparell de cristall que s'adapta a la regió tonsillar i permet veure la sortida de les secrecions críptiques a través del dit aparell; però s'utilitza poques vegades i molesta més el malalt o bé obliga a fer anestèsia prèvia.

Finalment, forma també part de l'exploració clínica amigdalària l'apreciació de l'olor de les secrecions obtingudes. En cas d'ésser el càseum críptic, que es pot recollir amb el propi estilet, amb el depressor o amb una cullereta quirúrgica, ens podrem fer càrrec de la fortor penetrant o

no d'aquell, cosa que moltes vegades ens haurà ja anunciat el malalt, car ell mateix nota aquest efecte olfatori i també gustatori amb certes intermitències. És una dada que cal recollir, perquè ens orientarà respecte a la probable existència d'una amigdalitis crònica.

Al costat de l'examen clínic descrit, hi ha el *bacteriològic*, que no hem de detallar perquè no correspon a l'objete d'aquest treball; és també molt important, per als efectes diagnòstics i del tractament a seguir, i forma part, sens dubte, de tot aquest mètode d'exploració amigdalina que acabem d'exposar i que hem anomenat *tonsiloscòpia*. Solament direm ara que la recollida es pot fer amb un estilet botonat estèril o amb torunder de gasa asèptica, tocant especialment els llocs sospitosos o les secrecions purulentes de les criptes, insistint en les del pol superior i fosseta supramigdalina.

Aquestes tècniques d'exploració faríngia s'empren especialment en els adults, però en els infants també es poden utilitzar fins en certs casos d'intolerància o rebellia, en els quals haurem d'obrar precipitadament, valent-nos de l'obre-boques i la subjecció ferma del malaltet. Per altra part, és més rara la recerca de focus sèptics amigdalins o de brides cicatricials adherents consecutives a flemons o altres processos crònics, més propis de l'adult.

La segona part d'aquest treball es refereix a l'*extirpació total de les amígdales*. Deixant per a una altra ocasió parlar respecte dels importants problemes que enclou la patologia intra i extramigdal, i donant ja per assentada la indicació de l'amigdalectomia, descriurem breument i en forma d'ullada retrospectiva, les tècniques més conegudes respecte a l'esmentada intervenció, i amb més deteniment els mètodes moderns de major eficàcia.

Cal aclarir, abans, l'equivocat concepte de la paraula *amigdalotomia* que alguns encara empren. Aquest mot vol dir *tallar l'amígdala*, i per tant no es pot aplicar a una intervenció que s'emporta una quantitat grossa o petita de teixit amigdalí. Direm, doncs, *amigdalectomia parcial* quan ens referim a extirpar un fragment de l'amígdala i *total* quan aquesta és completament enucleada del seu lloc (1).

Hi ha diversos procediments. Uns, que tendeixen a arrancar o amputar les amígdales; altres, que fan dissecció més o menys obtusa de les amígdales, mitjançant instruments tallants, i altres mixtos que vénen a ésser combinacions dels dos anteriors.

Mètodes que desprenen, desenganxen o tallen les amígdales. — És molt conegut el procediment d'extracció amb l'amigdalotom de Fahrenstock (Mathieu), emprat llarg temps per especialistes i també per metges generals i pediatres. La seva acció és comparable a la de la guillotina, i amb tal instrument s'han fet algunes bones extirpacions. Ara bé, aquestes poques vegades són totals i solament és de gran eficàcia el mètode en els casos d'amígdales grosses i pediculades. Esmentem també l'*ansa freda* (Vacher), que circumda l'amígdala després d'haver-la separada amb plicotoms, ganxets tallants i tisores; obra per estrangulament

(1) El mot *amigdalotomia* es podria reservar a la *dissecció* dels ponts intercriptics; es talla teixit amigdalí, però hom no s'emporta cap porció del mateix.

lent o per torsió i arrencament del pedicle. Tampoc és un mètode prou segur per aconseguir una enucleació total.

L'*ansa calenta* o *galvànica* (Lermoyez, Jacques, etc.), també encerca l'amígdala fàcilment si és pediculada, i prèvia dissecció amb els ganxets tallants, si és engatillada. La seva acció és estranguladora, ensems que es fa la secció elèctrica. És una intervenció difícil per les irregularitats del corrent, per ésser laboriosa, si aquesta és insuficient, o hemorràgica, si és excessiu, i a voltes s'aconsegueix solament una amputació parcial. A més, és una intervenció dolorosa, especialment quan deixa escarres palatines per cremades dels teixits peri-amigdalins, no sempre evitables.

Recordem també el mètode de *fragmentació* (*morcellement*), amb la pinça de Ruault (amb la modificació de Tàpia), la de Roberts, i moltes altres varians. És la pinça tallant, que taladra l'amígdala, la mossega i s'emporta diversos fragments de teixit tonsillar, i en deixa restes; en alguns casos pot ésser d'efectes radicals o totals, alliberant l'amígdala d'un sol i fort cop de pinça. És un mètode molt conreat, especialment a França, i que també ha tingut i té molts partidaris en el nostre país.

Rest a parlar del mètode de *Greenfield Sluder*, de Saint Louis (1911), que consisteix a agafar i desenganxar l'amígdala per mitjà d'un *amigdalectom* especial que ve a ésser una modificació i un perfeccionament del de Mackenzie. És un procediment ràpid, que aconsegueix una extirpació total, la major part de vegades extracapsular. No és del cas ara fer-ne una descripció detallada. Solament direm que requereix una certa traça a manejar l'instrument. Cal saber insinuar bé tota l'amígdala en l'anella de l'instrument, per mitjà de l'índex de la mà lliure, pressionant el pilar anterior del vel palatí, i tot seguit fer amb el mateix dit un desenganxament de dalt a baix de l'amígdala, seguit d'una forta tracció junt amb petits moviments de basculament. Acostuma a emprar-se l'anestèsia general amb el clorur d'etil, especialment en els infants. Alguns autors utilitzen el Sluder per als adults (Canuyt), però nosaltres creiem que en diversos casos no pot reeixir bé, sobretot quan es tracta d'amígdals molt adherides per processos cicatricials (abscessos crònics), per cauteritzacions anteriors, amigdalitis flemònica a repetició o quan són tonsilles petites o molt amagades. En l'adult s'empra generalment l'anestèsia local per infiltració, però també es pot fer servir la narcosi cloroetflica. Segons la nostra experiència, creiem que el mètode de Sluder és actualment el més eficaç i radical per fer l'enucleació total de les amígdals en els infants fins als 13 o 14 anys.

Mètodes tallants, que fan dissecció més o menys obtusa de l'amígdala.—La major part requereixen una pinça que fa premsió i tracció de l'amígdala, essent l'instrument deslliurador de caire tallant, com tisores i bisturí. Les tisores (Morestini i altres) s'empren per tallar les brides cicatricials que van apareixent i també obren com a reparadors, manejant-les tancades. Hi ha diversos models que no hem de descriure.

El bisturí va ésser ideat pels autors americans. Ja Botey, el 1902, deia que l'extirpació tonsillar amb el bisturí era un mètode molt antic i excellent. S'usava aleshores el bisturí botonat i corbat de Saint-Ger-

main i pinça de garfis per agafar l'amígdala. El 1909, Freer, de Xicagó, feia l'enucleació total extracapsular amb 3 bisturins: un per als pilars, un per a la fosseta supramigdalina i un altre per al pedicle. West, de Baltimore, en el mateix any, feia també l'amigdalectomia total extracapsular amb un bisturí especial, com també Marschick, de Viena, el 1913. Totseguit parlarem d'aquest mètode tal com és emprat en el Servei de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Alguns autors, com Gosselin, Jackson, Thomas, Vaughan i Lee Cohen, es valen del bisturí combinat amb les tisores.

Per fi, hi ha els *mètodes mixtos*. Exemples: l'ús de l'ansa freda que pesenganxa l'amígdala, i una volta aquesta queda unida al pedicle, s'extirpa amb un cop de Ruault. Un altre: separació amb l'ungla i acabant amb pinça, ansa freda i tisores (Richard, de Fall River). Fotiadi, de Constantinoble, es valia (1906) d'unes tisores corbades, feia després la dissecció digital i al final tallava el pedicle amb tisores. Taptas, de la mateixa ciutat, també emprava els dits per treure amígdals, com també Blackwell, de Nova-York (1909). Hi ha qui dissectiona l'amígdala començant amb bisturí, o una petita falç, continuant amb tisores o despegadors o espátules, i acabant amb Ruault, o l'ansa freda (aquesta ha d'ésser molt potent, com la de Brünings, per a la secció del pedicle) o amb ansa galvànica.

Finalment resta parlar del mètode més senzill i eficaç per aconseguir l'extirpació total. És el mateix mètode del bisturí, però amb una tècnica determinada i certa simplificació instrumental. Es tracta de realitzar l'enucleació radical extracapsular, solament amb un bisturí, servint de pinça prensora la pinça de garfis corrent, la de Brünings o altres semblants. El meu distingit amic el Prof. Casadesús ha perfeccionat la tècnica dels autors americans, i n'ha donat compte al Congrés Internacional de Cirurgia del 1932 (Gaceta Médica Española, abril 1932). Per la meua part, ja fa temps que he pogut comprovar repetidament de prop aquest procediment, que vaig adoptar tot seguit, tenint en compte els seus avantatges, que després indicaré.

Cal fer notar que està reservat als adults. En alguns infants de 13 a 14 anys, dòcils, o que es fan càrrec del que se'ls ha de fer, també es pot emprar aquest mètode.

Es requereix anestèsia local, sempre. La general no és utilitzable perquè la intervenció pot durar uns quants minuts, durant els quals l'operat ha de tenir la boca oberta, ha d'escopir, etc.

Per tal d'evitar els reflexos faringis, primerament s'ha de fer una anestèsia detinguda per mitjà de tocs en els pilars palatins, amígdals, base de llengua amb una solució de cocaïna de 10 per 100. Després fem anestèsia per infiltració submucosa amb novocaïna al 2 per 100, adrenalitzada; una injecció al nivell del pol superior de l'amígdala, a través del pilar anterior, una altra en la seva base, una altra en el pilar posterior i una altra profunda per darrera el nivell del darrer molar inferior.

Quant a instrumental, es necessita un bisturí llarg de fulla estreta i curta, unes pinces de garfis i unes altres per sostenir les boles de glassa estèril destinades a assecar el camp operatori.

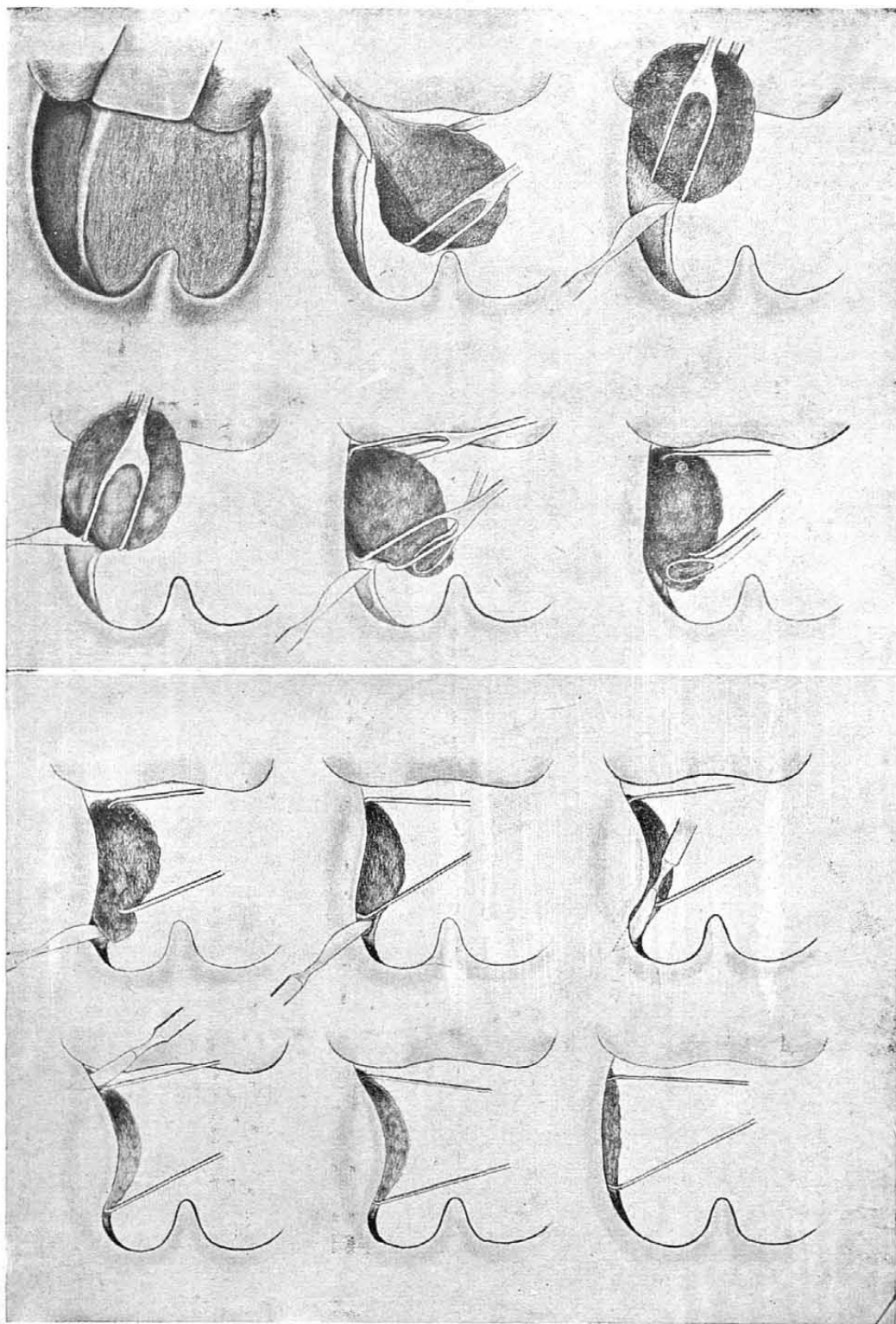
La tècnica és la següent. Prensió de l'amígdala amb la pinça de garfis, de dalt a baix, procurant evitar els pilars, i es fa tracció tot seguit de l'òrgan cap a la línia mitjana per tal d'exterioritzar-lo en el possible. Secció amb la punta del bisturí, de les adherències entre amígdala i pilar anterior, des de la base d'aquest fins a la fosseta supratonsillar, donant la volta per l'angle format pels dos pilars fins a trobar el pilar posterior, les adherències del qual també es seccionaran. Cal insistir d'exterioritzar el pol superior de l'amígdala, molt sovint amagat, per mitjà del mateix bisturí en l'esmentada fosseta, sense deixar de fer la tracció amb la pinça. Apareix aleshores el pol superior, per entre els dos pilars, el qual s'agafa tot seguit amb la pinça de Brunnings, fent-lo bascular cap a dins i endavant, realitzant així l'amígdala una mena de *reverència*, com diu gràficament el Dr. Prada, de Madrid, i recalca també el Dr. Casadesús. Cal treure aleshores la pinça de garfis, que agafava solament la cara faríngia de l'amígdala, i sense deixar anar la de Brunnings, que sosté el pol superior, s'agafa tota l'amígdala novament amb la de garfis, aquesta vegada fent passar les dents superiors de la pinça sobre la cara o superfície d'implantació palatina. Aquesta maniobra té per objecte cercar i posar en descobert la càpsula tonsillar, la qual ens haurérem d'emportar junt amb l'òrgan. Aleshores, ja sigui mantenint l'amígdala fixada amb les dues pinces o amb la de garfis solament, el bisturí s'encarrega de buscar i seguir el *pla de clivatge*, seccionant curosament les brides cicatricials que es trobin, de dalt a baix. Cal observar que la veritable acció d'aquest instrument és la de fer una dissecció obtusa dirigint la fulla tallant inclinada vers la càpsula, mentre l'amígdala sofreix contínuament la tracció de la pinça prensora. Aquesta combinació d'estirament i dissecció és la que evita l'obertura de vasos del llit tonsillar, i per tant les hemorràgies.

Es el temps més important de la intervenció, i també a voltes el més delicat i laboriós, car convé no perdre de vista la càpsula, la qual cosa no sempre és fàcil, especialment quan es tracta d'amígdals escleroses, petites i fortament adherides per brides cicatricials produïdes per flemons, abscessos crònics o per cauteritzacions anteriors. Una volta desenganxada l'amígdala, queda unida solament pel seu pol inferior o pedicle. En aquest moment, és quan alguns especialistes es valen de l'ansa freda per seccionar el resistent pedicle (o també la galvànica o la pinça de Ruault); però amb la tècnica que descrivim, és el mateix bisturí el que té cura de tallar aquest extrem, de dins cap enfora horitzontalment, sortint deslliurada l'amígdalla, tota sencera, presonera encara de la pinça, que no l'ha deixada gairebé un sol instant. En certs casos aquest desprendiment final es realitza continuant la dissecció obtusa en ple pedicle, ja de darrera cap endavant o de fora cap a dins. S'asseca la superfície cruent amb torundes de glassa estèril sostingudes per pinces llargues, que el propi malalt fixa un instant entre les seves dents. S'explora detingudament l'àmplia cavitat que ocupava l'amígdala, separant, si cal, el pilar anterior i vigilant sobretot la part baixa, al nivell de la base de la llengua. Ordinàriament no s'aprecien punts que sanguïn; del contrari, s'agafa el vas hemàtic, deixant la pinça durant uns minuts i, si és necessari, es pot fer una lligadura directa o per transfixió amb agulla.

Es preferible que el malalt quedi hospitalitzat restant al llit un parell de dies, per tal d'ésser degudament atès i vigilat.

Aquesta és la tècnica que emprem actualment i que ens ha donat molt bons resultats. Com es comprèn, amb ella s'aconsegueix una enucleació completa de l'amígdala junt amb la seva càpsula, i per tant no queden residus que puguin ésser origen de noves infeccions locals i llunyanes. Els avantatges del mètode en qüestió, poden reduir-se, doncs, en les següents apreciacions:

1. Es utilitzable per a tota mena d'amígdales, per petites que siguin i encara que estiguin molt amagades i adherides.
2. Es una intervenció ràpida, de tècnica ben reglada.
3. Es, a més, elegant, en l'accepció quirúrgica de la paraula.
4. Es realitza fora de teixit sèptic, vigilant-se continuament tot el curs de l'operació.
5. Aconsegueix, per tant, una extirpació total, extracapsular.
6. L'anestèsia és perfecta.
7. L'instrumental és molt senzill i reduït.
8. Els resultats són excel·lents i definitius.



Figures semi-esquemàtiques dels diferents temps operatius en l'amigdalectomia total extracapsular. Per tal de fer remarcar la regió de la càpsula, aquesta apareix més fosca en el gravat, si bé en realitat l'esmentat teixit té una tonalitat més clara que la pròpia amígdala.

La darrera figura mostra l'aspecte de la cavitat que resta després de l'intervenció.

(Fotografia de dibuixos en colors fets per l'autor d'aquest treball.)